

Jahresinhaltsverzeichnis Index annuel



Inhalt / Sommaire

- 2 Namenregister / Table des auteurs
 4 Sachregister / Index
 16 Editorials
 16 Zur Diskussion / Thèmes à discuter
 16 Evidence Based Medicine
 16 Cochrane Library: Abstracts der systematischen Reviews
 16 Klinisch-pathologische Konferenzen /
 Conférences clinico-pathologiques
 16 Internmedizinische Fallberichte –
 Rapports de la médecine interne
 17 Fallberichte / Rapports
 17 Die PRAXIS-Fälle / De la pratique
 18 Sondernummern / Numéros spéciaux
 19 Wie lautet Ihre Diagnose? / Quel est votre diagnostic?

Med 531
152047

98

**Schweizerische
Rundschau für Medizin**
*Revue suisse
de médecine*



**Verlag
Hans Huber**

PRAXIS

(Schweizerische
Rundschau
für Medizin)
 87, 1–1840,
 (1998)

*This journal is regularly
listed in: MEDLINE ·
Index Medicus, EMBASE ·
Excerpta Medica*

<http://www.praxis.ch>

ISSN 0369-8394

Abkürzungen vor den Seitenzahlen – Abréviations devant les folios

- CL = Cochrane Library: Abstracts der systematischen Reviews
 D = Diagnose / Diagnostic
 DIS = Zur Diskussion / Thème à discuter
 E = Editorial
 EBM = Evidence Based Medicine
 F = Der PRAXIS-Fall / De la pratique
 FB = Fallbericht / Rapport
 I = Internmedizinischer Fallbericht / Rapport de la médecine interne
 KL = Klinisch-pathologische Konferenz – Conférence clinico-pathologique
 MR = Mini-Review
 O = Originalartikel / Article original
 R = Radiologischer PRAXIS-Fall / Cas radiologique
 SN = Sondernummer / Numéro spécial
 Ü = Übersichtsartikel / Revue

PRAXIS-Nr. / Seiten

1/2	1– 48
3	49– 92
4	93–128
5	129–180
6	181–220
7	221–254
8	255–292
9	293–328
10	329–364
11	365–396
12	397–432
13	433–456
14	457–496
15	497–530
16	531–570
17	571–606

PRAXIS-Nr. / Seiten

18	607– 640
19	641– 670
20	671– 710
21	711– 750
22	751– 790
23	791– 818
24	819– 858
25/26	859– 886
27/28	887– 930
29/30	931– 966
31/32	967–1006
33	1007–1040
34	1041–1084
35	1085–1118
36	1119–1162
37	1163–1198

PRAXIS-Nr. / Seiten

38	1199–1236
39	1237–1270
40	1271–1336
41	1337–1378
42	1379–1422
43	1423–1454
44	1455–1488
45	1489–1522
46	1523–1590
47	1591–1634
48	1635–1676
49	1677–1726
50	1727–1780
51/52	1781–1840

Medizinische Universitätspoliklinik, Departement für Innere Medizin, Kantonsspital Basel

B. Hug

Diffuse Muskelschmerzen

Frau E.M., geb. 1954, Hausfrau

Anamnese und Befunde

Die Patientin wurde uns vom Hausarzt wegen diffusen Muskelschmerzen zur Zweitbeurteilung zugewiesen. Die Patientin beklagte sich dabei über seit 5 Monaten andauernde Muskelschmerzen im Schultergürtelbereich. Sie erinnerte sich an ein konkomitantes Gefühl von Müdigkeit, zeitweise Übelkeit und Durchfall jeweils einmal morgens ohne Blutbeimengungen und einen Gewichtsverlust von 4 kg innerhalb von 4 Monaten. Seit einem Monat sei der Appetit nun wieder besser, der Durchfall verschwunden, und das Gewicht habe sich wieder normalisiert. Vorbestehende Magendarmkrankungen und Fieber verneinte die Patientin.

Bezüglich der Thoraxschmerzen ergänzte die Patientin, sie dauerten ganztags, hätten in der linken Achselhöhle begonnen und sich auf die rechte Seite des Schultergürtels ausgebreitet und würden zeitweise in die linke Hand sowie in den Mittel- und Ringfinger ausstrahlen. Schwäche, Bewegungs- und Atemabhängigkeit und Auslösbarkeit der Schmerzen von aussen verneinte die Patientin.

In der Systemanamnese erwähnte die Patientin einen Nikotinabusus von 20 Packyears. St. n. Hysterektomie und Ovariectomie links 1987 und St. n. Herpes Zoster thorako-lumbal. *Medikamente* nehme sie keine ein, sondern nur ein Multivitaminpräparat (Vitamine C, B-Komplex und E). Die Patientin ist kinderlos verheiratet, als Hausfrau tätig und gelernte Telephonistin.

In der Untersuchung fand sich eine 43jährige, 58 kg schwere und 158 cm grosse Patientin in unauffälligem AZ und EZ. Das Integument war unauffällig. Auffallend waren die gross wirkenden Augen der Patientin mit einseitigem Exophthalmus rechts (Protrusion nach Hertel 2,4 cm). Kardiopulmonal war die Patientin voll kompensiert bei allseits freien Lungenfeldern, einem regelmässigen Puls von 84/min. und einem BD von 140/90 mmHg. Der Neurostatus war unauffällig. Der gesamte Schultergürtelbereich wie auch der restliche Bewegungsapparat und Gelenkstatus waren bezüglich Beweglichkeit, Kraft und Druckdolenzen bland. Die Untersuchung des Abdomens, des Gefässstatus und der Lymphknotenstationen sowie der Schilddrüse waren unauffällig.

Zwischendiagnose

1. Unklare, seit fünf Monaten andauernde Muskelschmerzen des Schultergürtelbereiches DD: parainfektös, Fibromyalgie, Polymyalgia rheumatica, paraneoplastisch, Kollagenose
 2. Exophthalmus rechts unkl. Ae. DD: M. Basedow, parainfektös, intrakranielles Aneurysma, Tumor, idiopathisch/familiär
 3. Chron. Nikotinabusus von 20 Packyears
- Nebendiagnosen: St. n. Hysterektomie und Ovariectomie links 1987 und Herpes Zoster thorako-lumbal.

Weitere Abklärungen und Verlauf

Das Labor von Frau E. zeigte ein unauffälliges rotes und weisses Blutbild mit einer normalen Thrombozytenzahl. Die Blutsenkungsreaktion war mit 4 mm/1h (0–21) ebenfalls im Normbereich, was eine Kollagenose oder Polymyalgia rheumatica unwahrscheinlich machte. Zudem hatte der Hausarzt bereits vor Zuweisung an uns ein ausführliches Labor bestimmen lassen. Dabei waren der Rheumafaktor, der Antistreptolysin-Titer sowie die antinukleären Antikörper negativ gewesen. Die Serologie Diarrhoe verursachender Keime im Hausarztlabor war negativ auf Salmonellen, Shigellen, Yersinien sowie Campylobacter. Die Untersuchungen bezüglich Zytomegalie und Toxoplasmose waren ebenfalls negativ ausgefallen. Positive Werte waren bei den Chlamydien, insbesondere C. trachomatis IgM und beim EBV IgM (IgG negativ) und EBV-Early-Antigen zu verzeichnen gewesen. Erstere hatte der Hausarzt antibiotisch behandelt. Die Nachkontrolle der EBV-Antikörper zeigte nun einen negativen IgM-Titer und einen 1:80-(Norm <1:10)Titer der IgG. Das Chemogramm samt Kreatininkinase und Leberenzymen war durchwegs in der Norm, ausser einem leicht erhöhten Cholesterinwert (6,45 mmol/l, Norm 3,00–5,20). Der Ultraschall des Abdomens war unauffällig. Zeichen von Leberparenchymveränderungen oder Splenomegalie waren nicht vorhanden.

Korrespondenzadresse: Dr. B. Hug, Medizinische Universitätspoliklinik, Departement für Innere Medizin, Kantonsspital Basel, 4031 Basel

Bei der genaueren Befragung der Patientin stellte sich heraus, dass sie schon seit Kindheit wie auch andere Familienmitglieder sehr grosse, ausdrucksvolle Augen gehabt habe und noch niemand ihrer näheren Umgebung sie auf Veränderungen diesbezüglich angesprochen habe. Auch auf den von der Patientin mitgebrachten Fotografien hatten die Augenlider bereits Jahre zuvor die Iris nicht erreicht. Die Bestimmung des TSH, der Schilddrüsenantikörper (TRAK, TMAK und TGAK) waren denn auch im Normbereich. Über Kopfschmerzen, rezidivierendes Erbrechen, Pochen im Kopf oder ähnliche Hinweise auf einen möglichen Tumor im Schädelinneren oder eine Gefässmissbildung wusste die Patientin nichts zu berichten. Zusammenfassend kann bei den von der Patientin geschilderten Myalgien und den intermittierenden Parästhesien bis in den linken Mittel- und Ringfinger nach Ausschluss eines Leidens aus dem rheumatischen Formenkreis und einer Neoplasie von einer parainfektösen Genese ausgegangen werden. Die Orbitopathie ist nach Ausschluss eines M. Basedow sowie eines kranialen Tumors oder einer arteriovenösen Malformation klinisch-anamnestisch am ehesten familiärer Genese. Nicht auszuschliessen ist eine parainfektöse Beteiligung der Orbita im Sinne eines periorbitalen Ödems, wie es bei einem Drittel der mit EBV akut Infizierten zu finden ist.

Diagnosen

1. Chronisches Mononukleosesyndrom
 - parainfektöse Myalgien im Schultergürtelbereich beidseits
 - V. a. Plexus-brachialis-Neuropathie links
2. Exophthalmus rechts unkl. Ae.
 - am ehesten idiopathisch/familiärer Genese
3. Chron. Nikotinabusus von 20 Pack-years

Nebendiagnosen: St. n. Hysterektomie und Ovariectomie links 1987 sowie Herpes Zoster thorako-lumbal.

Kommentar

Bei der Beurteilung von diffusen Myalgien ohne vorhergehendes Trauma ist vor allem wichtig, ob sich eine konkomitante Schwäche findet oder nicht. Bei

Vorhandensein generalisierter Schwäche kommen vor allem Elektrolytstörungen verschiedenster Art (z.B. des Kalziums, Natriums, Kaliums und Magnesiums), neuromuskuläre Überleitungsstörungen wie die Myasthenia gravis, muskuläre Störungen mit reversibler Lähmung oder metabolischen Muskeldefekten wie gestörte Kohlenhydratverwertung, zentralnervöse Ursachen und Störungen mit nur subjektiver Schwäche wie Hyperventilation in Frage. Dies war bei unserer Patientin nicht der Fall. Ihre Beschwerden beschränkten sich auf eine diffuse Myalgie des Schultergürtelbereiches ohne Kraftverlust. Dabei ist differentialdiagnostisch vor allem an eine Kollagenose, eine parainfektöse Genese, eine Polymyalgia rheumatica oder eine Fibromyalgie zu denken. Eine Kollagenose wie systemischer Lupus erythematoses, Polyarteriitis nodosa, Sklerodermie und rheumatoide Arthritis sind sehr oft mit zusätzlichen Beschwerden der Gelenke, der Haut und Gefässe wie bei der Arteriitis temporalis Horton begleitet. Bei der Patientin kam der rheumatische Formenkreis samt Polymyalgie aufgrund der Klinik in Kombination mit den Laborbefunden (normale Senkung, negative antinukleäre Antikörper und Rheumafaktor) nicht in Frage. Eine Fibromyalgie ist bei fehlender Fokalität wie Druckpunkten sowie anfänglich von der linken zur rechten Schulter wandernden Schmerzen und fehlender systemischen Symptomen (Schlaflosigkeit und Depression) wenig wahrscheinlich. Somit rückte die parainfektöse Genese in den Vordergrund. Die Serologie mit anfänglichem Auftreten von EBV IgM-Ak beim Hausarzt, dann Konversion zu IgG bei negativen IgM in unserer Nachkontrolle sprach für den Ablauf eines akuten und protrahierten Epstein-Barr-Virusinfektes.

Tab.1. Ursachen diffuser Myalgien ohne Kraftverlust

- akute Infektionen: Influenza, Coxsackie- und andere Viren
- Fibromyalgie (Synonym: Fibrositis, Fibromyositis)
- Polymyalgia rheumatica
- andere rheumatologische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematoses, Polyarteriitis nodosa, Sklerodermie, Mischkollagenose)

Das Epstein-Barr-Virus gehört zur Familie der *Herpesviridae*. Eine spezielle biologische Eigenschaft des Virus besteht darin, menschliche B-Lymphozyten unsterblich machen zu können und endlose Zellreihen in vitro zu ermöglichen. Einerseits besteht eine ätiologische Assoziation zwischen dem von Burkitt 1958 beschriebenen, später nach ihm benannten und vor allem in Afrika auftretenden Lymphom mit Prädisposition für Kopf und Hals. Andererseits konnten Verbindungen ohne klare ätiologische Rolle des Virus zwischen nasopharyngealen Karzinomen nachgewiesen werden.

Der EBV ist ubiquitär, und Antikörper können in 90–95% der Erwachsenen in industrialisierten und tropischen Ländern nachgewiesen werden. Es gibt Studien, welche auf eine höhere Durchseuchungsrate bei tieferen sozioökonomischen Schichten hinweisen. Übertragen wird der EBV über engen Körperkontakt wie Kuss und Bluttransfusionen. Er kann im Speichel und den Mundschleimhäuten bis 18 Monate nach der akuten Erkrankung nachgewiesen werden. Seropositive gesunde Erwachsene scheiden ihn über die oralen Schleimhäute in 12–25%, HIV-positive in 50%, akut an Mononukleose Erkrankte in 50–100% und schwer kranke Lymphom- und Leukämiepatienten in 74–92% aus. Der EBV konnte nicht ausserhalb von Menschen und menschenähnlichen Primaten isoliert werden. Klinisch kommt es nach einer Inkubationszeit von 30–50 Tagen und einem Prodromalstadium mit Schwitzen, eventuell Schüttelfrost, Adynamie und Appetitlosigkeit zur akuten Phase der Erkrankung mit der Trias von Pharyngitis (in 84%), Fieber (in 76%) und generalisierter Lymphadenopathie (in 94%). Das Fieber erreicht Temperaturen von 38–39 °C und remittiert in der Regel spontan nach 10–14 Tagen. Bei 52% der Patienten kommt es zu Spleno-, in 12% zu Hepatomegalie. 20% der Patienten beklagen sich über Myalgien wie unsere Patientin. In 5% der betroffenen Patienten kommt es spontan zu einem makulären, petechialen, skarlatiniformen oder urtikariellen Hautausschlag. Dermatosen können aber auch nach Ampicillingabe (in 80–100% der Fälle) in Form von pruritischen, makulopapulösen Hautausschlägen in Erscheinung treten. Im Labor zeigen sich im weissen Blutbild eine leichte Leuko-

zytose von 12–18 000/mm³ mit milder Linksverschiebung, über 50% mononukleären Zellen und mehr als 10% atypischen, nicht pathognomonischen Lymphozyten. Diese sind grösser als normal, haben ein basophiles Zytoplasma mit Vakuolen und einen lobulierten, exzentrisch gelegenen Kern. Eine leichte relative wie auch absolute Neutropenie mit Granulozytenzahlen um 2–3000/mm³ tritt in 60–90% in Erscheinung. Thrombozytopenie ist recht häufig; Werte unter 140 000/mm³ sind in über 50% der Fälle zu finden. In der *Serologie* treten in 90% der Fälle im Verlauf des Infektes heterophile Antikörper auf mit der Eigenschaft, Schaferythrocyten zu agglutinieren, wie 1932 von Paul und Bunnell beschrieben. Die heutigen serologischen Diagnosen beruhen primär auf der Bestimmung der mit Immunfluoreszenz bestimmten IgM und IgG-Antikörper gegen das Viruskapsidantigen. Die IgM treten in der akuten Erkrankung auf, sind diagnostisch und verschwinden nach 4–8 Wochen wieder; nach 4 Monaten sind sie nur noch in 10% der Betroffenen nachweisbar. Bei unserer Patientin waren sie beim Hausarzt vorhanden und bei unserer Untersuchung bereits nicht mehr nachweisbar. Bei ihr konnte demnach die Seroconversion vom akuten Infekt zur lebenslang anhaltenden IgG-Bildung dokumentiert werden. Während 3–4 Wo-

chen um die Akutphase sind in 90% leichte Erhöhungen der ASAT, ALAT und LDH, in 609% eine der alkalischen Phosphatase und in 45% des Bilirubins zu verzeichnen. *Komplikationen* des EBV-Infektes umfassen die autoimmunhämolytische Anämie, Milzruptur, Enzephalitis, Meningitis, Plexus-brachialis-Neuropathie wie beschrieben in der Fallstudie von Pou Serradell A et al. (1996) und Kopfnervenlähmungen bis Hemiplegie. Hier können wir die intermittierenden, in den Mittel- und Ringfinger ausstrahlenden Schmerzen der Patientin im Sinne eines V. a. Plexus-brachialis-Radikulitis einordnen. Beschrieben worden sind auch seltene Komplikationen wie ST-Wellen-Veränderungen im EKG, Perikarditis und interstitielle Lungeninfiltrate. Auf die Assoziation des EBV mit Nasopharyngealkarzinomen und Lymphomen wurde oben kurz eingegangen. Kontaktsportarten sollten wegen der drohenden Milzruptur während der akuten Erkrankungsphase unterlassen werden. Das *chronische Stadium* wie bei unserer Patientin mit Myalgien, Adynamie, Unwohlsein sowie möglicherweise Konzentrationsstörungen wird als *chronisches Mononukleosesyndrom* oder *chronisches Müdigkeitssyndrom* bezeichnet. *Therapeutisch* können symptomatisch NSAR und Paracetamol zur Schmerzlinderung und Fiebersen-

kung eingesetzt werden. Steroide sollten nur beim Vorliegen eines ZNS-Befalls sowie bei Myokarditis und Perikarditis eingesetzt werden. Empfohlen wird eine Tagesdosis von 60–80 mg Prednisonsäquivalent in mehreren Gaben und die schrittweise Reduktion über 1–2 Wochen. Normalerweise tritt die Besserung prompt ein. □

Tab.2. Klinische Symptome der Mononukleose

Pharyngitis	82%
Unwohlsein	57%
Kopfschmerzen	51%
Myalgie	20%
Schüttelfrost	16%
Übelkeit	12%
Abdominalbeschwerden	9%
Arthralgien	2%

Bibliographie

1. Harrisons Innere Medizin. 13. Auflage, Mc-Graw-Hill, New York 1995.
2. Mandell, Douglas and Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, Churchill Livingstone, New York 1995.
3. Pou Serradell A. et al.: Radiculoplexopathie lombaire douloureuse bilatérale associée à une infection par le virus d'Epstein-Barr, Rev Neurol (Paris, France), Jun–Jul 1996, 152 (6–7), p. 483–5.

Impressum

Alle Rechte vorbehalten. Sämtliche Manuskripte (in deutscher oder französischer Sprache) sind unter Beilage der Zusammenfassungen in englischer, deutscher und französischer Sprache zu senden an:
PRAXIS Schweizerische Rundschau für Medizin, Verlag Hans Huber, Postfach, 3000 Bern 9.
Tous droits réservés. Tous les manuscrits (en français ou en allemand) accompagnés de résumés en anglais, en allemand et en français doivent être envoyés à l'éditeur:
PRAXIS Revue suisse de médecine, Editions Hans Huber, Case postale, 3000 Berne 9.

Abonnementspreise (Bestelladresse s. Inhaltsverzeichnis):

Jahresabonnement (inkl. Porto und Versandgebühren)
Sfr. 210.–/DM 324.–/öS 2322.–/übriges Europa Sfr. 265.–/übrige Länder Sfr. 290.–
Assistenzärzte
Sfr. 162.–/DM 264.–/öS 1884.–/übriges Europa Sfr. 217.–/übrige Länder Sfr. 242.–
Studenten
Sfr. 117.–/DM 210.–/öS 1490.–/übriges Europa Sfr. 172.–/übrige Länder Sfr. 197.–

Einzelheft
Schweiz und übrige Länder Sfr. 14.–/DM 17.–/öS 124.– (zuzügl. Porto und Versandgebühren)

Erscheint jeden Mittwoch

Prix d'abonnements (adresse de commande voir table des matières):

abonnement annuel (ces prix sont incl. frais de port et d'expédition)
frs 210.–/DM 324.–/öS 2322.–/reste Europe frs 265.–/autres pays 290.–
médécins adjoints
frs 162.–/DM 264.–/öS 1884.–/reste Europe frs 217.–/autres pays frs 242.–

Die «PRAXIS Schweizerische Rundschau für Medizin» wird aufgeführt in: MEDLINE/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica.
La «PRAXIS Revue suisse de médecine» est mentionnée dans: MEDLINE/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica.
«PRAXIS Schweizerische Rundschau für Medizin» is listed in: MEDLINE/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica.

étudiants

frs 117.–/DM 210.–/öS 1490.–/reste Europe frs 172.–/autres pays frs 197.–

le numéro

Suisse et autres pays frs 14.–/DM 17.–/öS 124.– (+ frais de port et d'expédition)

Paraît le mercredi

Adresses der Herausgeber – Adresses des éditeurs:

Prof. W. Vetter, Direktor der Medizinischen Poliklinik, Departement für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich, 8091 Zürich;
Prof. N. Gyr, Direktor der Medizinischen Poliklinik, Departement Innere Medizin, Kantonsspital, 4031 Basel;
Prof. P. Jaeger, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Inselspital Bern, 3010 Bern;
Dr. E. Kull, Schönbühlstrasse 16, 8032 Zürich;
Prof. T. F. Lüscher, Abteilungsleiter Kardiologie, Universitätsspital, 8091 Zürich;
PD Dr. J. Steurer, Departement für Innere Medizin, Medizinische Poliklinik, Universitätsspital, 8091 Zürich;
Prof. B. Waeber, Département de Médecine interne, CHUV, 1011 Lausanne.



Schweizer Qualitäts-Fachzeitschrift

Mit diesem Siegel zeichnet die Schweizer Presse jährlich Publikationen aus, die den Beweis der **verlegerischen Leistung** (partnerschaftlicher Wettbewerb, Transparenz, Fairness) sowie die geforderte **journalistische Qualität** und **Zuverlässigkeit** (fachliche Kompetenz, Glaubwürdigkeit, unabhängige Redaktion, klare Trennung zwischen redaktionellen Texten und Anzeigen usw.) erbringen.